

Benneche Osvold beklager seg over at noen gynekologer ønsker at Norsk gynekologisk forening skal henvende seg til Pressens Faglige Utvalg om saken. Vi reagerte på Dagbladets førstesideoppslag om at 115 000 norske kvinner var i risikozonen. Dette er ikke sant – det er bare et fåtall norske kvinner som bruker hormonbehandling i så lang tid at dette utgjør en økt risiko. Er man virkelig i faresonen hvis den økte risikoen for en komplikasjon ligger godt under 1 %, at samtlige av dem som fikk komplikasjonen overlevde, og når den amerikanske undersøkelsen med meget stor sannsynlighet ikke er representativ for norske kvinner?

Vi er klar over at dette er en vanskelig diskusjon. Når inntreffer faren? Ved 0,4 % eller 0,4 % eller enda høyere? De fleste mennesker tar sensasjonsoverskrifter med fatning, men enkelte sliter med betydelig angst ved siden av sine ofte uttalte klimakterielle plager.

Benneche Osvold synes at det er merkelig at vi kommer med kritikk så lang tid etter avisoppslagene. Det tar imidlertid tid før vi i vår pasientkontakt erfarer den redsel hun har påført mange kvinner. Enkelte kvinner kastet hormontablettene sine umiddelbart, enkelte gjenopptok behandlingen etter en tids opphold da de forstod at det ikke var så farlig likevel, og enkelte startet på nytt, selv om de visste at dette kunne medføre brystkreft og hjerteinfarkt. Denne siste gruppen ofrer altså ikke Benneche Osvold en tanke.

Det er riktig som Benneche Osvold skriver at vi ønsket en uttalelse fra medienes presseetiske «domstol». Vi ville ha rett fordi vi visste at vi hadde rett. Det viktigste for journalistene er ifølge henne å problematisere en behandling og så la ekspertisen korrigere senere. Men et tilsvarende i pressen får aldri de overskrifter eller den spalteplass journalistene selv får. Hvis ikke et tilsvarende er i tråd med journalistens eller avisens syn, blir det ofte ikke publisert, gjerne med den begrunnelse at det ikke var godt nok. Tidsskriftet skal i alle fall ha ros for at Benneche Osvold ble invitert til å skrive en kommentar.

Torkel Rud
Louise Silfverskiöld
Oslo

Litteratur

1. Osvold SB. Østrogenalarmen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 288.

Er leger feige?

Sissel Benneche Osvold etterlyser i Tidsskriftet nr. 2/2003 legenes deltakelse i den offentlige debatt (1). Bakgrunnen er at Norsk gynekologisk forening har bedt Pressens Faglige Utvalg vurdere Dagbladets dekning av forskning om postmenopausal

hormontilskudd. Benneche Osvold hadde heller sett at legene møtte henne i «kamp i åpent terreng». Men kan vi det? Journalist med forside og dobbeltside mot lege med leserinnlegg? Kamp i åpent terreng?

Når man har fulgt pressens «kjør» i saker hvor man har førstehåndskjennskap til fakta, blir man ikke blendet av presisjonsnivået. Pressen setter dagsorden, er fagkyndig, aktør og dommer samtidig. Påfølgende angst for å havne i pressens søkelys påvirker våre medisinske avgjørelser og fører til tilleggsdiagnostikk og overbehandling.

Når pressen går i takt, må noen hver gi tapt. Pressen gikk i takt mot Tønne. Pressen kjørte «Bærum-saken» over en rekke førstesider og ut i intet, utover at noen journalister fikk priser for fremragende journalistikk, en helsedirektør måtte gå og noen leger fikk ødelagt noen år av sine liv. Med et lavere støynivå kunne saken gitt en fruktbar debatt. Var Gerhardts Helskogs «dopingavsløring» enestående i norsk presse? Eller har vi sett liknende overtramp på mindre folkekjære områder? Er vi trygge på at oppslagene om «Sjokkpris på strøm» var uten relasjon til at minstepensjonister fylte opp akuttmottakene for opptining? Var det tilfeldig at Bondevik trengte en «time out»? Kjenner pressen sin styrke og slagkraft?

Når man har sett kolleger og fremtredende personer slikke sine sår etter ujevn kamp på bortebane, virker Benneche Osvolds «kamp i åpent terreng» og «den offentlige samtale» noe uvirkelig. Pressen vil ha sluggere. Dyktige, men lavmælte fagfolk, som kan belyse nyansene, holder seg borte. Kanskje gynekologene er blant dem?

Leger flest er faglig engasjert og mistrives med pressens omtrentligheter og tabloidisering av forskningspublikasjoner. Gjentatte «gulrøtter gir kreft»-reportasjer fører kun til informasjonsutmattelse. Benneche Osvold er ikke målskiven for min frustrasjon. Hun har en lett penn og representerer noe av det beste i norsk presse. Men hvis hun ønsker flere leger i samfunnsdebatten, bør hun vite at det aldri vil bli en åpen, jevn kamp. Mye av den medisinske hverdag verken skal eller bør tabloidiseres. Helseinformasjon skal ikke være en kamp. En mer lavmælt stil med et høyere presisjonsnivå ville lokket flere kolleger ut på arenaen. Man innleder ikke til fruktbar debatt med overskrifter som «Dødelige hormoner» og «Sjokktabletter».

Egil Fossum
Oslo

Litteratur

1. Osvold SB. Østrogenalarmen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 288.

Er snus noe griseri?

Torkel Steen hevder i Tidsskriftet nr. 1/2003 at det ikke er bevist at snus gir kreft (1).

De to undersøkelsene Steen henviser til, viser økt kreftisiko blant tidligere snusere (2, 3). Snusere som merker sårhet på stedet hvor snusen legges, vil kunne oppfatte dette som et forvarsel på at en mer alvorlig sykdom kan være under utvikling, og derfor slutte med snus. På en kongress i Stockholm høsten 2002 ble det lagt frem en kassustudie med sju pasienter med munnhulekreft med utspring der snusen plasseres (J.M. Hirsch, 3rd International conference on smokeless tobacco, Stockholm 2002).

De to undersøkelsene (2, 3) omhandler vesentlig menn som begynte å snuse i relativt høy alder. I 1955 var det i Sverige vesentlig eldre personer som snuste. I dag begynner mange ungdommer å bruke snus i 14–16-årsalderen. Fra røykeundersøkelser vet vi at jo tidligere en person begynner å røyke, desto større er risikoen for lungekreft. Det betyr at risikoen for kreft blant snusere i fremtiden sannsynligvis vil være høyere enn i gruppene som ble undersøkt i de to undersøkelsene (2, 3).

Steen mener at siden Sverige har en relativt lav hyppighet av kreft i munnhulen i forhold til en del andre europeiske land, kan ikke snus være noen trussel mot folkehelsen (1). Både alkohol og røyking øker risikoen for kreft i munnhulen; derfor finner man den høyeste hyppigheten i land med høyt alkoholkonsum og høy røykeprevalens.

Verdens helseorganisasjons kreftforskningsinstitutt konkluderte i sin gjennomgang i 1985 at bruk av snus av de typer som benyttes i Nord-Amerika og Vest-Europa, er kreftfremkallende for mennesker (4). Amerikanske myndigheter klassifiserte i 2000 snus som kreftfremkallende for mennesker (5). Snus inneholder en rekke kreftfremkallende stoffer, som nitrosaminer, polysykliske aromatiske hydrokarboner og radioaktive stoffer.

Steen reagerer på at snusing karakteriseres som noe griseri (1). Enhver som har sittet i nærheten av en snuser enten på møter eller på fly og sett hvordan snuseren med jevne mellomrom spytter en brun væske ned i en medbrakt flaske eller boks, vil være enig i at dette er griseri.

Tore Sanner
Ellen Juul Andersen
Oslo

Litteratur

1. Steen T. Foreningen til griseriets bekjempelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 83.
2. Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. Int J Cancer 1998; 77: 341–6.
3. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer 1998; 82: 1367–75.

4. International Agency for Research on Cancer. Tobacco habits other than smoking. IARC Monograph Eval Carcinogen Risks Hum 1985; 37: 37–136.
5. 9th report of carcinogens. U.S. Department of Health and Human Services. National Toxicology Program. Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

T. Steen svarer:

Mitt innlegg handlet om hvorvidt Legeforeningen bør bruke medlemmenes penger på helseopplysningskampanjer, og hvilke argumenter den i så fall bør bruke (1). Foranledningen var seminaret Snus, noe griseri. Jeg hevdet at opplysningskampanjer Legeforeningen deltar i, bør bygge på vitenskapelige fakta fremfor subjektive karakteristikk. Informasjonssjef Ellen Juul Andersen og profilert antitobakksprofessor Tore Sanner svarer med å gjenta at snus gir munnhulekreft og er grisete.

Sanner hevder at to undersøkelser (2, 3) viser at snus gir kreft. Jeg siterer fra artiklenes konklusjoner: «In conclusion, our results do not support any association between the use of oral snuff and oral cancer» (2). «No significantly increased RR was found for the use of Swedish oral snuff» (3). Sanner bør slutte å angi disse som referanser for sin påstand om at snus gir munnhulekreft. Den økte relative risiko for tidligere snusere, som Sanner viser til, var ikke-signifikant (2, 3). Ikke-signifikante delresultater er vanligvis ikke holdbare. Sanner må gjerne spekulere over hvorfor studiene var negative. Men spekulasjoner er ikke bevis.

Sanner har rett i at alkohol kan være forklaringen på mer munnhulekreft i snusløse vinland enn i Sverige. Alkoholbruk gir risiko for munnhulekreft (2, 3). Hvis formålet er å fremme folkehelsen, burde Sanner & Juul Andersen moralisere mot alkohol før de går løs på en vare som i hvert fall ikke skader andre enn brukeren. Men tobakksmoralisme er vel mer lettvin.

Jeg fastholder at Legeforeningen bør være objektiv og vitenskapelig og konsentrere seg om veldokumenterte farer hvis den absolutt må drive folkeopplysning. Informasjonssjefen kan mene hva hun vil om «griseri» privat. Men på foreningens vegne bør hun avstå fra den slags karakteristikk. Hva ville reaksjonen blitt om man i en opplysningskampanje f.eks. kalte fete mennesker «frastøtende»? Saklighetsnivået er det samme. Og det ligger langt under hva Legeforeningen bør assosieres med. Det var poenget i mitt innlegg (1). Jeg foreslår at foreningens ledelse sørger for en mer kritisk vurdering av eventuelle fremtidige «opplysningskampanjer».

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

1. Steen T. Foreningen til griseriets bekjempelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 83.

2. Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. Int J Cancer 1998; 77: 341–6.
3. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer 1998; 82: 1367–75.

Alkohol er et elendig legemiddel

Redaktørens minileder i Tidsskriftet nr. 2/2003 (1) inneholdt en påstand som jeg vil påstå er helt feil. Charlotte Haug sier om alkoholens mulige positive virkninger: «Et legemiddel med samme effekt ville utvilsomt blitt godkjent.» Tidsskriftet inneholder mange gode artikler om alkoholens virkninger, og det som preger alle disse, er en klar skepsis til at man skal kunne bruke mulige gunstige virkninger på risikoen for hjerte- og karsykdommer som nyttig verkøy for folkehelsen. Tvert imot er Jørg Mørlands konklusjon helt klar på at alkohol slett ikke har slike gunstige virkninger som skulle berettigg til medisinsk bruk (2). Med alle alkoholens skadevirkninger på helse og samfunn, altså bivirkningene, ville stoffet aldri ha passert kontrollen for nytt legemiddel.

Litteraturen om alkoholens mulige effekter på risikoen for hjerte- og karsykdommer er stor, og det foreligger offentlige utredninger som klart fraråder alkohol brukt som et slags legemiddel.

Jeg savner omtalen av en viktig publisasjon fra Italia, der man sammenholder alkoholrelaterte dødsfall i to perioder, 1983 med 68 000 døde og 1996 med 42 000 døde, med estimerte forebyggende effekter på død av kardiovaskulære årsaker. Konklusjonen er klar: Alkoholrelaterte dødsfall var overveldende i forhold til den mulige preventive effekt på død av kardiovaskulære årsaker (3).

Debatten om kardioprotektiv effekt er tøvette. Hjerte- og karsykdom forebygges vi effektivt på helt andre måter, og en mulig effekt av alkohol blir helt marginal i forhold til effekten av røykestopp, kostholdsomlegging, mosjon og statiner.

Carl Ditlef Jacobsen
Kolbotn

Litteratur

1. Haug C. Gladnyhet med bismak. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 129.
2. Mørland J. Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 180–4.
3. Corrao G, Rubbiati L, Zamboni A, Arico S. Alcohol attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. Eur J Public Health 2002; 12: 214–23.

Perkutan koronar intervensjon

Vi har med interesse lest Tom Sundars reportasjer i Tidsskriftet nr. 2/2003 (1). Vi i Tønsberg mener at forutsetningene for

å opprette et invasivt senter her for å utføre perkutan koronar intervensjon (PCI) så absolutt er til stede. Sykehuset i Vestfold har i dag åtte kardiologstillinger, hvorav seks er besatt med kardiologer og to med indremedisinere med spesialinteresse for kardiologi. En av de to sistnevnte stillinger innehas av en lege som blir ferdig kardiolog i 2004, mens en som allerede er ansatt, har erfaring med over 4 000 koronare angiografier og over 500 PCI-behandlinger i Tyskland. Godt over 300 000 mennesker bor slik til at de kan nå sykehuset i Tønsberg på under en time. Med den sterke motivasjon vi har for å opprette et slikt invasivt senter, synes vi det er forstemmende å lese at Tom Sundar skriver følgende i siste del av reportasjen: «Aker universitetssykehus og Sykehuset Østfold er ikke alene om å skrinlegge planene for PCI-virksomhet. Etter det Tidsskriftet erfarer, er sykehusene i Tønsberg, Ålesund og Kristiansand i samme situasjon.» Som det fremgår av betraktningene ovenfor, er planene for Tønsberg på ingen måte skrinlagt. Før man trykker slike utsagn i Tidsskriftet, hadde det vært rimelig å kontakte ledelsen for indremedisinsk virksomhet, og da spesielt kardiologi, for å få dem bekreftet. Miljøene i Kristiansand og Ålesund får svare for seg, men inntrykket fra Kristiansand, som er i samme region som oss, er heller ikke preget av «skrinlegging».

Vi har også lest intervjuene med Rune Wiseth og Jan Erik Nordrehaug i samme nummer (1). Vi merker oss der at sistnevnte anfører at «på landsbasis er det rom for å opprette 1–2 nye sentre». På den annen side uttaler Olav Helge Førde (1) at anbefalingene i SSM-rapporten går i retning av å utvide virksomheten ved de eksisterende invasive sentrene og bygge ut kapasiteten i pasienttransporten. Ved gjennomlesning av artikkelen til Halvorsen og medarbeiderne (2) får man ikke noe klart inntrykk av en slik tolking. Derimot påpekes det at «hvilke løsninger som skal velges, kan variere mellom de ulike helseregioner». Således kan det være opp til de enkelte helseregioner å komme frem til den optimale løsning med henblikk på desentralisert PCI-virksomhet eller ikke.

Jan Erik Otterstad
seksjonsoverlege, Hjerteseksjonen

Jøran Hjeltnes
konstituert avdelingsoverlege

Torbjørn Hoffstad
klinikksjef
Klinikk Medisin, Sykehuset i Vestfold HF

Litteratur

1. Sundar T. PCI som akutt behandling – hvor og hvordan? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 196–8.
2. Halvorsen S, Myhre KI, Steigen T, Nordrehaug JE, Gundersen T, Wiseth R. Primær angioplastikk eller trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 152–5.